

Zusätzliche Information zum AUFKLÄRUNGSMERKBLATT | Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit Vektor-Impfstoffen

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Dieses zusätzliche Informationsblatt betrifft nur Personen unter 60 Jahren

Vaxzevria® von AstraZeneca: Seit Einführung der Impfung wurden nach einer Impfung mit Vaxzevria® von AstraZeneca in sehr seltenen Fällen (weniger als 0,01%) Blutgerinnsel (Thrombosen), verbunden mit einer Verringerung der Blutplättchenzahl (Thrombozytopenie), teilweise auch mit Blutungen einhergehend, beobachtet. Darunter waren einige schwere Fälle mit Blutgerinnseln an unterschiedlichen oder ungewöhnlichen Stellen (z.B. im Gehirn als Sinusvenenthrombosen oder auch im Bauchraum), zusammen mit erhöhter Gerinnungsaktivität oder auch Blutungen im ganzen Körper. Die Mehrzahl dieser Fälle trat innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach der Impfung und überwiegend bei Personen unter 60 Jahren auf. Einige der beschriebenen Fälle endeten tödlich oder mit bleibendem Schaden.

Die STIKO empfiehlt die Impfung mit dem Impfstoff Vaxzevria® der Firma AstraZeneca nur noch Personen im Alter von über 60 Jahren. Für Personen unter 60 Jahren bleibt die Impfung mit Vaxzevria® von AstraZeneca laut STIKO-Empfehlung nach ärztlicher Aufklärung und bei individueller Risikoakzeptanz der zu impfenden Person möglich.

Ich habe den oben genannten Inhalt und vor allem das erhöhte Risiko für Blutgerinnsel in meiner Altersgruppe (unter 60 Jahren) zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes